

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:
23/92

Vår ref:
23/00450

Dato:
02.05.2023

Høringsinnspill fra FHI til «Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste rapporten» (NOU 2023: 4)

Folkehelseinstituttet viser til Helse- og omsorgsdepartementet sin høring om NOU 2023: 4 Tid for handling, datert 02.02.2023. Folkehelseinstituttet takker for anledningen til å komme med høringssvar.

Innledende kommentarer

Utredningen gir en god beskrivelse av utfordringsbildet når det gjelder nåværende og fremtidig bemanning i helsetjenesten. Norge ligger på toppen i Europa når det gjelder tetthet av leger og sykepleiere. Dette er et bilde som er godt kjent gjennom OECDs helsestatistikk og sammenlikninger av europeiske helsesystem i regi av European Observatory on Health Systems and Policies. NOU 2023:4 peker på at utviklingen i Norge ikke er bærekraftig og tiden er kommet for å handle. Det blir flere eldre, og andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder er synkende.

Kommisjonen foreslår mange tiltak som vil kreve oppfølging og innsats fra ulike aktører. FHI vil i denne sammenheng ha en viktig oppgave som kunnskapsleverandør, utdanningsinstitusjon og bidragsyter til folkehelsearbeidet. FHI har også viktige roller når det gjelder å vurdere nytten av ulike metoder og arbeidsmåter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten, samt – gjennom forskning – å fremskaffe ny kunnskap om nye måter å yte helsetjenester på. Det vil spesielt være behov for gode data og analyser av bruken av og framskrivning av behovet for ulike grupper helsepersonell fremover.

Vi vil i det følgende kommentere ulike områder i rapporten.

Organisering av helse- og omsorgstjenestene

Et flertall i kommisjonen anbefaler at det nedsettes et utvalg for å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene, med forslag om å prøve ut en ett-nivå-modell med felles eierskap og ledelse for hele helsetjenesten. Dette er et interessant forslag som bør ses i sammenheng med sykehusutvalgets forslag i NOU 2023: 8 (*Fellesskapets sykehus*) om å prøve ut løsninger med mer helhetlig organisering og å innføre et samhandlingsbudsjett for å sikre allokering av ressurser til dette arbeidet.

FHI vil peke på at utviklingen internasjonalt innen helsetjenesten går i retning av større grad av vertikal integrasjon av tjenestenivåene, noe som jo også var ambisjonen med den norske samhandlingsreformen (2012). Samtidig har man ikke lyktes godt nok, til tross for helsefellesskapene, med å legge til rette for utveksling av informasjon eller felles planlegging og utvikling av felles retningslinjer, prosedyrer og rutiner for pasientbehandling på tvers av dagens nivå. Det er behov for mer kunnskap om effekter av ulike tiltak for å fremme samhandling og om ulike måter å organisere tjenestene på. FHI støtter at man i slike studier, i tillegg til effekter for pasienten, må studere ressursinnsatsen i form av behovet for helsepersonell.

Kommisjonen foreslår videre at det bør gjennomføres en utredning av en fremtidig bærekraftig sykehusstruktur i Norge, hvilket i praksis kan bety færre sykehus med akuttfunksjoner. Sist gang man vurderte sykehusstrukturen på nasjonalt nivå var i *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* (Meld. St. 11 (2015-2016)), og FHI mener det kan være fornuftig med en ny gjennomgang av struktur og funksjoner i spesialisthelsetjenesten.

Oppgavedeling og økt vekt på forebygging og helsefremmende arbeid

Kommisjonen mener det er behov for at oppgaver løses på nye måter bl.a. gjennom oppgavedeling og økt bruk av teknologi. Kommisjonen skriver følgende: «Riktig oppgavedeling starter med folkehelsearbeid, forebygging, tidlig innsats, helsefremmende arbeid og styrking av befolkningens helsekompetanse». Kommisjonen ser her en sammenheng mellom en satsing på folkehelse og forebyggingsarbeid og muligheten for å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester og behovet for innsats fra helsepersonell.

Kommisjonen anbefaler at det etableres et kvalitetsutviklingsprogram som gjenoppliver prinsippet om oppgaveløsning på lavest effektive omsorgsnivå (LEON). Kommisjonen skriver at vi må tenke «hus- og-hytte» innen arbeidslivet. Hvis flere arbeidstakere har en «hytte» (dvs. en kombinert stilling eller at ordninger for rotasjon for å opprettholde kompetanse), vil dette gi økt fleksibilitet fordi kompetansen kan mobiliseres når den trengs.

FHI støtter kommisjonens vurdering om at en styrket innsats innen forebygging og helsefremmende arbeid og for å redusere sosial ulikhet i helse er viktig for å fremme helse og å redusere behov for helsetjenester. I den sammenheng er FHI en sentral leverandør av kunnskap og vil særlig peke på FHIs arbeid med folkehelse- og oppvekstprofiler, som gir en unik beskrivelse av status og utfordringer i den enkelte kommune, viktig for å kunne målrette og tilpasse tiltak lokalt.

Utdanning og kompetanseutvikling

Et hovedbudskap i utredningen er at utdanningene i større grad må skje desentralisert og at innholdet i utdanningene må speile kompetansebehovet i tjenestene. Kommisjonen vektlegger betydningen av livslang læring og systematisk arbeid med kompetanseutvikling. Kommisjonen mener det er viktig å styrke generalistkompetansen og at den fremtidige veksten må komme i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

FHI vurderer at kommisjonens forslag vil legge til rette for utvikling av kompetanse som trengs lokalt og tett på der pasienter og brukere lever sine liv. FHI vil understreke betydningen av at utdanningene må gi helsepersonell kompetanse innen forebygging og helsefremmende tiltak både på individ- og befolkningsnivå.

Prioritering og reduksjon av mindre viktige tjenester

Kommisjonen peker på utfordringer knyttet til uønsket variasjon og at lite nyttige tjenester kan fortrenge tjenester som har større helseeffekt. Kommisjonen foreslår en gjennomgang av finansieringssystemet med sikte på å redusere omfanget av lavt prioriterte tjenester. Kommisjonen bruker begrepet «begrensende valg» om nedprioritering av slike tjenester, og viser bl.a. betydningen av arbeidet med helseatlas i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF og FHIs arbeid med å avklare kunnskapsgrunnlaget for ulike tjenester.

FHI bidrar til analyser av variasjon i tjenestene, dels ved å levere resultater til OECD for internasjonale sammenlikninger, men også gjennom analyse av 30-dagers dødelighet og pasientrapporterte utfallsmål. FHIs helsetjenesteanalyser dekker både spesialist- og kommunehelsetjenesten, inkl. fastlege og legevakt, samt på tvers av nivåene i helsetjenestene. Slike analyser er ferskvare og det er viktig at dette arbeidet gis prioritet. FHI har en viktig rolle når det gjelder å vurdere nytten av ulike metoder og arbeidsmåter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten, samt – gjennom forskning – å fremskaffe ny kunnskap om nye måter å yte helsetjenester på.

Digitalisering og teknologisk utvikling

Kommisjonen mener teknologi og digitale løsninger kan redusere behovet for personell og foreslår at man anvender et prinsipp om at oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad.

FHI mener digitalisering er viktig, og at det samtidig er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget om slike tjenester. Kommisjonen foreslår to forsknings- og kvalitetsutviklingsprogram:

- Et forskningsprogram lagt til Forskningsrådet hvor målet er utvikling av nye digitale løsninger for å redusere behovet for arbeidskraft, med forslag om en årlig bevilgning på 500 millioner kroner i 10 år.
- Et kvalitetsutviklingsprogram forvaltet av Helsedirektoratet til fremme av bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren, med forslag om en årlig bevilgning på 300 millioner kroner i 10 år.

FHI mener det er viktig at kvalitetsutviklingsprogrammet om bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling også må inkludere forskning. Generelt vil FHI peke på at det er stort behov for å styrke forskningen om effekter av tiltak i helsetjenesten, slik at nytten og ressursbruken knyttet til nye måter å organisere arbeidet på avklares. Videre er det behov for å mer forskning om effekter av forebyggende- og helsefremmende tiltak på individ- og befolkningsnivå. Spesielt er det behov for styrket kunnskap knyttet til hvorvidt ulike tiltak, inkludert digitalisering bidrar.

FHI vil understreke at en viktig forutsetning for å lykkes med digitalisering er det viktig med utvikling av nasjonal infrastruktur som 5G nett, nasjonale felleskomponenter og fellesløsninger for helse- og omsorgssektoren. I tillegg er det viktig med kontinuerlig regelverksutvikling som understøtter viktig utvikling.

Syssetning og helsetjenestens bærekraft

Kommisjonens fokus på at vi må utdanne publikum og sektoren om at man alltid må prioritere innenfor en ressursramme er prisverdig. På lik linje med flere europeiske land, står Norge ovenfor en situasjon med mulig eskalerende helseutgifter. Helsesystemene vi nyter godt av i dag, og forventede medisinske fremskritt i fremtiden, kan bli være vanskelig å finansiere fra offentlige ressurser uten

store reformer. Kommisjonen gjør rett når de påpeker det manglende samsvaret mellom tjenestenes kostnader og etterspørsel, som skyldes at brukernes i begrenset grad betaler direkte for tjenestene.

Imidlertid mener vi at grunnlaget for diskusjonen kan være mer nyansert. Produktivitetsveksten i helsetjenesten har i stor grad funnet sted innen sykdommer med høy dødelighet, og i mindre grad i pleie- og omsorgstjenesten. Redusert dødelighet kan medføre et økt pleiebehov knyttet til andre sykdommer på et senere tidspunkt (f.eks. pga. fall skader og demens).

Som påpekt av kommisjonen vil vi trolig få en kraftig økning i behovet/betalingsviljen for helsetjenester fremover. For eksempel er det rundt 30 ganger så høye helsetjenesteutgifter for en kvinne på rundt 70 sammenliknet med en jente på sju. Vi venter en kraftig økning i andelen over 70 fremover.

Det er vanskelig å se for seg at man ikke skal la utviklingen av antall ansatte i tjenestene påvirkes av befolkningens betalingsvilje. Om man ikke møter dette behovet og betalingsviljen gjennom den offentlig finansierte tjenesten, vil de som har mulighet kunne velge å kjøpe disse tjenestene gjennom private tilbydere. En slik utvikling vil kunne lede til et todelt helsevesen hvor private og kommersielle aktører utfordrer den offentlig finansierte helsetjenesten. De private tilbyderne vil måtte tiltrekke seg arbeidere og de vil da måtte sette høy nok lønn slik at de kan tiltrekke seg folk fra andre bransjer (evt. andre land) med mindre man ser for seg en fremtid hvor private tilbydere blir forbudt. Det er behov for analyser som studerer og estimerer slike effekter.

Kommisjonen peker videre på at vi ikke skal øke andel ansatte i helsesektoren av hensyn til andre næringer. FHI vil her peke på at det alltid har vært endringer i andeler ansatte i ulike næringer. I flere bransjer har det historisk vært en økning i produksjon kombinert med en reduksjon i antall ansatte. Sannsynligvis er rommet mindre for dette i helsesektoren.

Kommisjonen skriver: «Dersom dagens utvikling fortsetter, blir det stadig færre av de sysselsatte som arbeider i næringer som bidrar netto finansielt til fellesskapet, mens stadig flere blir sysselsatt i næringer som produserer velferdstjenester, og som dermed er netto forbrukere av fellesskapets samlede ressurser.» FHI vil peke på at produksjon av gode helsetjenester, på lik linje med alle andre offentlig finansierte tjenester, bidrar til verdiskapning, samt at verdiskapningen i offentlige tjenester og det private næringslivet er gjensidig avhengig av hverandre. Hvordan hadde det finansielle bidraget vært i øvrige næringer uten tilgang til gode helsetjenester? Det vil være viktig at vurderinger om verdiskapning settes inn i en større samfunnsøkonomisk kontekst.

Oslo, den 2. mai 2023

Vennlig hilsen,

Folkehelseinstituttet

Jan Frich

Områdedirektør